1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE N° 62
DE BORDEAUX

DES INDICATIONS

DES

LAVAGES UTÉRINS

Préventifs et curatifs

CONTINUS OU INTERMITTENTS

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 2 AOUT 1886

PAR

PAUL-MARIE CLAVEL

Né à Saint-Savinien (Charente-Inférieure), le 27 Avril 1858

MÉDECIN DE LA MARINE

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

MM. MOUSSOUS, *Président.*
LAYET.
LANDE.
DEMONS.

BORDEAUX
Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD
91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1886

1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE N° 62
DE BORDEAUX

DES INDICATIONS

DES

LAVAGES UTÉRINS

Préventifs et curatifs

CONTINUS OU INTERMITTENTS

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 2 AOUT 1886

PAR

PAUL-MARIE CLAVEL

Né à Saint-Savinien (Charente-Inférieure), le 27 Avril 1858

MÉDECIN DE LA MARINE

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

MM. MOUSSOUS, *Président.*
LAYET.
LANDE.
DEMONS.

BORDEAUX
Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD
91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1886

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ.. Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DENUCÉ ..... } Professeurs honoraires.
BITOT..... }

	MESSIEURS
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ, agrégé.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT.
	PITRES.
Clinique chirurgicale	BOURSIER, agrégé.
	LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN.
	RONDOT.
	ARTIGALAS.
	LANDE.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER.
	PIÉCHAUD.
	LAGRANGE.
	DEMONS.
	DUDON.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie	PLANTEAU.
Histoire naturelle	PÉRIER.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	BLAREZ.
Pharmacie	CARLES.

MAITRES DE CONFÉRENCE :

Accouchements	MM. LEFOUR.	Histoire naturelle.	MM. PÉRIER.
Anatomie topographique	PIÉCHAUD.	Physique	BERGONIÉ
		Chimie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf.	MM. NÉGRIÉ	Maladies vénériennes.	MM. VENOT.
Clinique chir. des enf.	BITOT.	Maladies mentales	N.

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOUSSOUS

Chevalier de la Légion d'honneur, Officier d'Académie.

A MONSIEUR GIRARD

Ancien Receveur de l'Enregistrement.

SENTIMENTS DE RECONNAISSANCE

DES INDICATIONS

DES

LAVAGES UTÉRINS

Préventifs et curatifs

CONTINUS ET INTERMITTENTS

CHAPITRE PREMIER

De la fièvre puerpérale : Ce qu'elle est aujourd'hui.

Il est pour le moins superflu de remonter jusqu'à Hippocrate pour démontrer que les accidents survenus à l'occasion ou à la suite des couches ont été remarqués à toutes les époques ; que la fièvre puerpérale, comme on disait, avant Siredey, a été pour les accoucheurs de tous les temps le plus grand objet d'effroi ; qu'enfin le nombre considérable des victimes ne justifiait que trop les appréhensions des médecins

véritablement soucieux des existences qui leur étaient confiées.

Aucun de ceux qui ont écrit sur la matière n'a atteint la hauteur à laquelle s'élevait Tenon dans son mémoire sur les hôpitaux de Paris, véritable cri d'indignation et de pitié d'une conscience justement révoltée en face de la situation déplorable faite aux accouchées de l'Hôtel-Dieu.

Les choses ont aujourd'hui heureusement changé : les conditions matérielles et morales des femmes en couches ont été singulièrement améliorées, et, grâce aux découvertes modernes, le médecin de nos jours ne se trouve plus dans cette situation terrible d'assister à l'éclosion d'accidents sans pouvoir, non pas y porter sûrement remède, mais tout au moins justifier son intervention par la connaissance de leur essence même.

C'est qu'en effet la puerpuérale n'a plus rien de spécial et nous ne voyons plus dans les parturientes que des blessées exposées à toutes les complications des plaies chirurgicales, ne trouvant pas en elles-mèmes le germe de la septicémie mais le puisant toujours au-dehors.

Ce principe hétérogène, quel qu'il soit du reste, et les microbiologistes nous le montreront enfin, ce principe est la déterminante des accidents puerpéraux. Et en somme, et qu'on nous pardonne la façon de dire, si l'individualité du microbe auquel est due, sans contredit, l'hétéro-infection de la femme qui devient mère n'est pas, dans l'état actuel de la science, définie d'une façon absolue, son existence est néanmoins surabondamment prouvée.

Et Bichat, disant que la fièvre puerpérale n'était autre chose que les maladies fébriles sans nombre qui surviennent chez les nouvelles accouchées et que modifie l'état actuel de la femme, n'aurait que des corrections bien légères à apporter à la forme de sa proposition pour la mettre tout entière dans la bouche de Siredey.

Il a suffi d'être mis en garde contre la possibilité d'un

germe infectieux agissant sur les veines ou les lymphatiques utérins — et par leur intermédiaire — à l'occasion de la plaie utérine ou d'autres lésions résultant de l'acte même de la parturition pour parer, par une intervention immédiate, aux accidents par lui déjà causés, ou entraver, par des moyens plus énergiques, sa marche envahissante.

Peu nous importe la route qu'il va prendre, la voie dans laquelle il va s'engager pour atteindre la cavité péritonéale, y pousser de nouveaux éléments et envahir bientôt tout l'organisme.

Ce que nous devons retenir, c'est qu'il y a un microbe, qu'il lui faut un moyen de pénétration et que nous devons nous efforcer non seulement de ne pas être nous-mêmes les agents inconscients de la transmission mais encore éviter jusqu'aux chances les plus légères de son développement.

Ainsi, le caractère mystérieux de la fièvre puerpérale disparaît, le *quid divinum* de Beau s'évanouit et son X algébrique, pour n'avoir pas une solution complète, ne constitue plus un problème à résoudre mais seulement un élément à déterminer.

CHAPITRE II

Que l'accouchée est une blessée.

Toute blessure est une porte ouverte à la mort (Velpeau).
Toute accouchée est une blessée (Cruveilhier).

Si l'on songe à la délicatesse des tissus qui entrent dans la composition des parties maternelles, aux changements considérables de formes qu'elles vont subir à l'occasion du passage du fœtus, aux pressions énormes qu'elles vont supporter dans les efforts de l'accouchement, aux tiraillements auxquels elles seront soumises, aux mille causes enfin qui n'agiront sur elles que pour y produire des lésions plus ou moins étendues, on conçoit aisément qu'en face d'une femme en travail il faut déjà voir une blessée.

Le col utérin sera déchiré, le canal vulvo-vaginal portera les traces de violences. L'ensemble des caractères de ces plaies, leur étendue, leur nombre, leur siège facilement

appréciable le plus souvent, montreront les voies de pénétration ouvertes au microbe.

Mais pour importantes qu'elles soient, ne faut-il donc tenir compte que d'elles seules?

Non; car nous savons qu'il existe une plaie plus profondément cachée, peu accessible à nos moyens d'investigation et dont l'exploration trop minutieuse pourrait constituer un danger. C'est que la plaie placentaire, pour l'appeler par son nom, est constituée par des éléments doués d'une suractivité fonctionnelle qui ne demandent qu'à franchir les degrés qui les séparent de l'inflammation, et aussi par une partie du vaste réseau lymphatique signalé par Lucas-Championière et qu'après lui Fioupe a étudié. Et le fait de s'attarder trop longtemps au contact de cette surface peut être l'occasion et le point de départ d'accidents terribles.

Ajoutons encore que la présence dans l'utérus de débris placentaires, de caillots sanguins, etc., va jouer pour le moins un rôle aussi considérable. N'est-ce pas là un vaste champ de culture où la multiplication des germes va trouver un terrain éminemment propice?

CHAPITRE III

Des services rendus par les mesures préventives.

Aussi, d'un côté, devant les dangers si redoutables qui résultent de l'absorption des micro-organismes et devant la possibilité de les rencontrer à chaque instant autour de soi; de l'autre, étant donné l'action certaine des moyens antiseptiques et les résultats si merveilleux obtenus par la méthode de Lister, dont les détails d'exécution ont été appropriés aux exigences de l'obstétrique, le surcroît de précautions prises par les accoucheurs jaloux de leur dignité n'a plus lieu de surprendre aujourd'hui personne.

C'est qu'on s'attache, et avec juste raison, à prévenir jusqu'à la production des germes et que les moindres manifestations morbides sont l'objet d'une attention de tous les instants.

Et les chiffres, qui ont aussi leur éloquence, vont nous démontrer, d'une manière irréfutable, l'excellence de la

méthode employée pour mettre les femmes qui vont accoucher ou celles qui viennent d'être mères à l'abri de tout danger et son efficacité alors même que les parturientes arriveraient empoisonnées, soit, pour avoir subi des opérations répétées à l'occasion de dystocie sérieuse, soit pour toute autre cause. (Encombrement, misère, voisinage d'autres malades, etc.)

Nous empruntons au travail du Dr Chambrelant, ayant pour titre : *Des résultats obtenus par la Méthode de Lister, dans le traitement des affections puerpérales,* mémoire couronné par la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, les cinq tableaux suivants donnant la mortalité dans différents établissements hospitaliers.

Décroissement de la mortalité puerpérale.

Dans le service de M. Siredey, à Lariboisière, d'après la Thèse de M. le Dr Beurmann.

Proportion des décès.

1872	1873	1874	1875	1876	1877	1878
1/38	1/35	1/57	1/67	1/56	1/65	1/90

Mortalité à la Clinique Obstétricale de Bordeaux.

D'après les statistiques de M. le Dr Hirigoyen.

Proportion des décès 0/0

1863	1864	1865	1866	1867	1868	1869	1870	1871	1872	1873	1874	1875	1876	1877	1878
3,9	4,6	3,5	3,4	3,6	3,1	1,4	1,6	5,2	1,3	3,9	1,2	4,6	2,7	3,3	1,2

Mortalité de la Maternité de Prague, de 1865 à 1882.

D'après la Thèse de M. le Dr Bar.

Proportion des décès 0/0.

1865	1866	1867	1868	1869	1870	1871	1872	1873	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882
9,2	4,6	4,6	9,0	11,6	4,2	3,0	7,0	7,6	4,3	2,7	1,1	1,2	1,6	0,3	0,4	?	0,5

Mortalité de la Maternité de Paris, de 1860 à 1882.

D'après la Thèse de M. le Dr Bar.

Proportion 0/0

1860	1861	1862	1863	1864	1865	1866	1867	1868	1869	1870	1871	1872	1873	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882
10,6	10,7	7,5	13,7	20,3	6	7,8	4,9	4,8	8	3,9	2,8	3,4	1,8	2,4	1,4	2,4	1,8	2,1	2,2	2,3	2,2	1,1

Mortalité de la Maternité de Bordeaux, de 1860 à 1882.

Proportion 0/0

1860	1861	1862	1863	1864	1865	1866	1867	1868	1869	1870	1871	1872	1873	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882
1,5	12,5	1,5	5,4	2,5	3	5,5	1,7	5,4	1,5	1,1	2,2	1,6	1,5	1,1	1,6	3,1	6,1	1,6	7,7	0,4	3,9	

Nous y joignons le tableau suivant dont les éléments nous sont fournis par M. le professeur Moussous :

Clinique Obstétricale de Bordeaux. — Années 1885-1886.

1885	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	1886	J.	F.	M.	A.	M.	J.	J.
Naissances.	36	27	33	32	25	35	27	23	3	33	26	29		34	32	32	34	33	36	?
Décès.	0	0	0	1	0	1		0	(1)	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0

(1) La clinique est évacuée pour cause de propreté générale.

Et si l'on veut bien remarquer qu'il ne s'est produit aucun décès depuis le 13 juin 1885, jusqu'au moment où nous écrivons ces lignes, on serait presque tenté de crier à l'invraisemblance, si l'on ignorait tout le soin qu'apporte le maître à sa clinique, et la grande sollicitude déployée par le Dr Rivière, son chef de clinique, dans tous les détails du service.

Une remarque en parlant de ce service : outre les vaporisations d'acide phénique faites dans la salle, les injections intra-vaginales faites avec des liqueurs antiseptiques, on place, à la vulve, un tampon d'iodoforme.

C'est là un moyen que nous ne voyons signalé nulle part et qui paraît appartenir en propre aux établissements hospitaliers de Bordeaux. On se sert d'un morceau de ouate salicylée non hydrophile, on place au centre quelques centigrammes de poudre d'iodoforme et l'on obtient ainsi le tamisage de l'air qui pénètre jusqu'aux parties génitales de la femme.

Simple dans son application, bien supporté par les malades et découlant d'une idée toute rationnelle, le tampon d'iodoforme méritait d'être signalé.

CHAPITRE IV

Des lavages utérins.

Si dans les circonstances ordinaires la règle à observer est toute tracée, il est un grand nombre de cas cependant dans lesquels le médecin est appelé à intervenir d'une manière plus active, où il ne lui suffit plus d'exercer à l'égard de ses accouchées une surveillance intelligente où il doit prendre l'initiative de manœuvres plus compliquées : je veux parler de la nécessité des lavages intra-utérins.

Sans vouloir nous étendre sur la partie historique de cette question, nous pouvons dire cependant que déjà Verneuil avait pensé appliquer la méthode antiseptique « à quelques cavités naturelles parmi lesquelles la vulve et le vagin », lorsque Schücking l'employa heureusement dans le traitement des affections puerpérales sous la forme d'irrigations continues.

Acceptée avec empressement par tous les accoucheurs, l'ir-

rigation continue a été attaquée par Fritsch, qui veut lui substituer les injections intra-utérines temporaires.

Les deux modes opératoires se recommandent par de nombreux succès, leur action curative ou préventive est indéniable, leur application n'offre pas de sérieuse difficulté. Faut-il donc conclure immédiatement à l'exclusion de celui-ci au profit de celui-là?

A la vérité, si l'action des irrigations continues est d'une grande énergie leur emploi ne nous semble pas toujours indiqué. Il ne convient pas d'utiliser en toute occasion un moyen si puissant, alors qu'on peut y avoir recours si l'on vient à échouer dans des tentatives plus modérées, par suite plus facilement acceptables. Ne devons-nous pas penser à éviter à celle qui vient de subir le choc obstétrical l'émotion trop vive que va lui causer la vue d'un appareil qui revêt aussitôt à ses yeux un aspect formidable! Pourquoi ne pas essayer de proportionner l'effort à produire à la résistance à vaincre?

Les auteurs se contentent de prendre parti pour ou contre. Encore trouvons-nous dans les *Annales de Gynécologie* du mois de janvier 1886 (p. 55, 56, 57 et 58), une exposition critique sous la signature de M. le professeur Pinard, et qui aboutit cependant, elle aussi, au rejet pur et simple des injections intra-utérines temporaires.

Il nous paraît qu'il eût été plus équitable de déterminer les conditions dans lesquelles on peut recourir soit aux lavages intermittents, soit aux irrigations continues; de fournir les indications de l'emploi d'un procédé plutôt que de l'autre, suivant les circonstances et suivant les degrés ou la forme de la maladie à combattre.

CHAPITRE V

Des Indications des Lavages utérins.

Et c'est pour n'avoir pas rencontré, dans les auteurs que nous avons parcourus, un chapitre spécialement consacré à ce sujet, que nous allons essayer de montrer à quelles occasions et dans quelle mesure nous devons intervenir en face d'un accouchement qui a présenté dans son cours quelque chose d'insolite.

D'une manière générale, on peut dire que le lavage de la cavité utérine s'impose chaque fois que l'accouchement ne se fait pas de la façon la plus simple et la plus naturelle, chaque fois qu'il y a eu nécessité, pour le mener à bien, de recourir à des manœuvres manuelles ou instrumentales, qu'on a agi dans un milieu mauvais ou qu'il a été suivi d'accidents puerpéraux. En un mot, nous pouvons être appelés à faire soit des lavages préventifs, soit des irrigations curatives après

l'emploi de la main pour aider au travail ou à la délivrance, après une intervention à main armée, quand on opère dans de mauvaises conditions hygiéniques ; car nous devons croire alors à la possibilité de la pénétration du microbe, le considérer comme déjà dans la place et agir en vue de sa destruction immédiate, et, enfin, quand on se trouve en présence de manifestations morbides locales ou généralisées.

CHAPITRE VI

Lavages utérins préventifs.

Si le plus souvent le diagnostic d'une présentation se fait avec assez de facilité, il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, et l'accoucheur est parfois appelé à pratiquer des touchers répétés pour prendre une connaissance exacte des parties qui viennent à lui. Et si le contact avec le col utérin du doigt qui explore n'offre aucun danger sérieux quand il ne se produit qu'un nombre de fois limité, il n'en est plus de même après des examens successifs et dont la durée peut être parfois assez longue. Après de pareilles manœuvres, et surtout lorsqu'elles ont été exécutées par plusieurs personnes, il est pour nous indispensable de faire un lavage utérin préventif dès que l'accouchement aura pris fin. Le plus souvent, pour ne pas dire toujours, un seul lavage suffira.

Quand il y a procidence d'un membre ou que le cordon ombilical se présente dans le vagin ou arrive faire hernie hors de la vulve, il nous est indiqué de réduire ce membre ou de

faire rentrer le cordon dans la cavité utérine. Or, dans la plupart des cas, il faut s'y prendre à plusieurs reprises avant d'obtenir la contention de ces parties, d'autant qu'il peut y avoir coïncidence entre l'issue d'un membre et celle du cordon, et que même, le plus souvent, la sortie du premier est une occasion de sortie pour l'autre, ce qui rendra le succès des manœuvres de réduction plus incertain. Ajoutons encore, et pour être complet, que la version est parfois justifiée et la terminaison rapide par le forceps nécessaire, alors que le cordon est prolabé. Mais quand on n'aurait pas été forcé de recourir à ces moyens extrêmes, ici encore la main a plongé dans l'utérus, et le lavage préventif est de rigueur.

Dans le cas d'insertion vicieuse du placenta, et lorsque cet organe, au lieu d'être accolé à la partie utérine, dans les zones supérieure ou indifférente de Barnes, se trouve fixé dans la zone dangereuse, et en particulier dans le segment antéro-inférieur de l'utérus, il faut intervenir et suivre la méthode de Simson ou pratiquer la version. Alors, il n'y a pas lieu d'hésiter à pratiquer un lavage, d'autant qu'il peut atteindre un autre but, je veux parler de l'arrêt d'une hémorrhagie actuelle ou probable; nous reviendrons, du reste, sur la question des hémorrhagies.

Il arrive fréquemment que le fœtus, pour une cause ou pour une autre, offre une présentation vicieuse que l'accoucheur est obligée de modifier et de transformer. Les indications de la version, pour nombreuses et intéressantes qu'elles soient, ne sauraient nous arrêter, car elles n'entrent pas dans le cadre de notre question. Peu nous importe également qu'il s'agisse de la version podalique ou de la version céphalique et des conditions de col dilaté ou dilatable, du non-engagement trop prononcé de la partie fœtale qui se présente, de l'intégrité de la poche des eaux, et encore du rapport entre le volume de la tête et les dimensions du bassin. Du moment qu'on a pratiqué la version il y a lieu de faire un lavage intra-utérin.

Après l'accouchement, il peut arriver que l'utérus, fatigué des longs efforts qu'il a du produire pour l'expulsion du fœtus, retombe comme épuisé et devienne incapable de compléter son œuvre. L'arrière-faix dont il doit se dégager, après des instants relativement courts, ne vient pas au dehors. Il en résulte l'obligation pour le médecin de procéder à l'extraction du délivre et conséquemment à un lavage utérin ultérieur.

D'autrefois, il existe, entre le placenta et la paroi de l'utérus, des adhérences. Faut-il les rompre ou bien attendre un temps plus ou moins long pour agir dans le but de les détruire?

Si nous intervenons actuellement et que nous arrivions à atteindre le résultat désiré, il est tout naturel de faire un bon lavage préventif. Dans le cas contraire, après avoir dégagé du délivre ce que nous avons pu, il faudra établir des injections répétées jusqu'à l'expulsion complète des parties de l'arrière-faix qui sont restées dans l'intérieur de l'utérus. Et ne vaudrait-il pas mieux, si l'on éprouve quelque résistance à vaincre ces adhérences, renoncer à des tractions qui peuvent occasionner des désordres plus ou moins considérables, et assimiler le cas à celui où le placenta reste en totalité ou en partie dans l'utérus, et dont nous parlerons tout à l'heure en traitant des irrigations continues?

Il arrive parfois que le placenta décollé ou non ne se laisse pas entraîner au dehors par des tractions méthodiques faites au moyen du cordon, qu'il existe ce qu'on appelle l'enchatonnement du placenta. Qu'on administre des décoctions de feuilles de belladone ou de jusquiame ou qu'on agisse par érosion ou qu'on cherche, par la dilatation, à faire disparaître le chaton, le lavage préventif complétera les manœuvres. Et dans le cas où l'on n'aurait pas atteint immédiatement le but proposé, il y aurait lieu de faire une ou deux injections journalières jusqu'à ce que tout soit terminé.

Les hémorrhagies post-partum constituent, elles aussi, un

accident fort grave. Elles sont d'autant plus à redouter qu'elles peuvent se faire sournoisement et que les symptômes graves observés chez l'accouchée n'avertissent du danger qu'alors que le péril est imminent. Eh bien, si l'on a soin de faire, même après un accouchement naturel, mais qui aura été un peu laborieux, une injection préventive, on réveillera la contractilité utérine, et l'on n'aura plus à craindre la production de cet accident si redoutable. Et si l'hémorrhagie est déjà constatée, les injections antiseptiques et à une température élevée rempliront alors une double indication : tarir la source des hémorrhagies et s'opposer à la décomposition des caillots qui auraient pu se former.

A l'occasion des hémorrhagies, on n'utilise pas seulement les injections chaudes, on pratique encore, en France du moins, le tamponnement. Les Anglais repoussent ce moyen. Et les objections qu'ils présentent à ce sujet sont basées sur la crainte légitime à coup sûr, mais peut-être un peu exagérée, de le voir devenir une cause active d'infection. Ils font remarquer la surface énorme offerte au microbe par les quantités de charpie ou de ouate nécessaires à l'opération. Ils insistent sur les chances qu'il a d'être ainsi introduit dans les parties qu'on veut mettre justement à l'abri de son action.

Et ce n'est pas tout, le tampon, disent-ils, va rester appliquer douze heures, et il va favoriser la formation des caillots en même temps qu'il s'opposera à leur expulsion. Et pour être logiques, il faut bien que nous reconnaissions que notre conduite a quelque chose de singulièrement risqué, puisque nous intervenons quand nous croyons à l'existence de caillots sanguins et que nous nous efforçons ici de déterminer leur production !

A cela on peut répondre qu'on va au plus pressé, qu'on arrête d'abord l'écoulement du sang, quitte à se débrouiller plus tard.

Il conviendra, en effet, quand on retirera le tampon, de

pratiquer une désinfection sérieuse et complète de toutes les parties maternelles.

Nous venons de passer en revue presque tous les cas où la main, véritable instrument intelligent, est seule employée. Leur énumération, pour incomplète qu'elle est, suffit à prouver que nous nous proposions tout d'abord de démontrer l'utilité des lavages utérins préventifs.

La même recommandation s'impose *a fortiori* quand il y a eu nécessité de recourir à l'emploi de moyens mécaniques. Au risque de nous répéter, nous ne pouvons reprendre les diverses circonstances que nous avons exposées trop longuement déjà, pour faire remarquer qu'à l'emploi de la main on peut associer l'usage d'instruments dont les détails de construction répondent plus ou moins au but qu'on se propose d'atteindre.

Cependant, qu'il nous soit permis d'insister encore sur la nécessité de grands lavages utérins :

1° Après une ou plusieurs applications de forceps, soit au détroit supérieur comme dans les cas d'inertie utérine ou de rétrécissement, etc., soit dans l'excavation lorsque le travail ne marche pas, soit à la vulve lorsque la tête vient à être retenue par des circulaires par exemple ou par toute autre cause ;

2° Toutes les fois qu'il aura fallu perforer ou briser la tête du fœtus, opérations qui nécessitent des séances d'une durée parfois fort longue, et peuvent être suivies de délabrements plus ou moins considérables ;

3° Quand on aura pratiqué l'embryotomie proprement dite ou l'éviscération.

Nous pensons avoir indiqué assez clairement toute l'importance qu'on doit attacher à l'application de la méthode des injections intra-utérines préventives à l'occasion de faits particuliers.

Pour être complet nous devons encore signaler les circonstances générales qui militent en faveur de ces mesures prophylactiques.

Siredey rapporte qu'une femme qui venait d'accoucher, tomba malade sans qu'on pût tout d'abord trouver une explication plausible des phénomènes puerpéraux qu'elle présentait; mais, en cherchant aux alentours de la maison, on découvrit la présence du laboratoire d'un charcutier, et les médecins n'hésitèrent pas à rattacher à l'influence de ce voisinage la cause de ces accidents. Cette observation est devenue classique.

Aussi l'existence d'usines, d'établissements industriels, de centres professionnels, le voisinage d'étables, d'écuries ou les animaux sont accumulés en grand nombre, de mares où l'eau croupit, en particulier la proximité d'un étal, d'un abattoir, en un mot, d'un lieu où le sang et les détritus en voie de décomposition sont les meilleurs milieux de culture, les dépôts de matières organiques ou inorganiques capables de vicier l'atmosphère ambiante par le dégagement de poussières, de miasmes, de germes de toute nature doit éveiller nos craintes.

A plus forte raison avons-nous le droit d'être inquiets et le devoir d'intervenir énergiquement si le milieu dans lequel vit la femme est encombré et surtout si l'on y a constaté déjà des cas d'infection.

CHAPITRE VII

Lavages utérins curatifs.

Nous abordons, dans ce paragraphe, la partie la plus délicate de notre sujet, celle qui a trait aux lavages utérins à l'occasion d'accidents déjà produits. Nous avons fait entrevoir plus haut que nous n'étions point partisan des irrigations continues à propos de toute manifestation morbide. Nous allons essayer de préciser, dans les accidents puerpéraux, les degrés qui nous paraissent comporter la méthode de Fritsch et ceux où il nous faudra recourir à celle de Schucking.

Il y a deux choses à considérer dans les accidents puerpéraux : le fait des accidents, la cause qui les produit. Il faut traiter les accidents ; il faut, autant que faire se peut, en supprimer la cause ; faire, en un mot, de la médecine des symptômes, établir un traitement curatif.

Nous ne faisons que rappeler l'administration du sulfate de quinine, l'application de sangsues et des ventouses scari-

fiées, etc., pour atteindre le premier résultat. Nous ne nous proposons que de discuter si, dans les cas qui nous intéressent, il faut d'emblée s'adresser aux irrigations continues pour en faire disparaître la cause ou si l'on est autorisé à tenter des lavages intermittents.

Considérons d'abord sur quels éléments portent les manifestations morbides. Sans entrer dans le détail, on sait que les locasitions se font sur le système lymphatique ou sur le système veineux ou encore sur tous les deux à la fois.

Et alors, si ce sont les petits lymphatiques qui sont intéressés, il se produit une lymphangite réticulaire sous-péritonéale, et, par connexion avec les séreuses, une péritonite aiguë d'intensité variable limitée au bassin ou généralisée.

Si l'inflammation porte sur les gros troncs, ceux-ci la transmettent aux ganglions lombaires et pelviens, et il survient des adéno-phlegmons de siège variable suivant les ganglions affectés.

Enfin, si ce sont les veines qui absorbent, on a tous les phénomènes de la phlébite et trop souvent ceux de l'infection purulente par suite du transfert des éléments en putréfaction.

Ceci dit, supposons que nous soyons en face d'accidents du premier degré.

Dès le début, nous observons un frisson d'une intensité moyenne; une élévation de la température qui peut atteindre jusqu'à 40°; une douleur constante qui demande parfois à être recherchée avec soin et qui montre, suivant son siège, le point de départ de la lésion et en indique la marche; une altération des lochies qui peut porter sur leurs qualités ou leur quantité ou sur ces deux facteurs à la fois, une diminution de la sécrétion lactée, enfin des modifications dans l'état général de l'accouchée.

Dans ce premier cas, nous pensons que les lavages inter-

mittents peuvent suffire; que deux ou trois irrigations, faites dans les vingt-quatre heures, arriveront à combattre heureusement la tendance à l'aggravation de la maladie; qu'elles exerceront l'influence la plus favorable sur la diminution des symptômes; qu'elles détermineront le plus souvent un retour complet à l'état normal.

Il est certain qu'après avoir essayé des lavages intermittents à l'occasion d'accidents qui débutent, on peut ne pas atteindre un résultat satisfaisant, que toutes les tentatives faites pour enrayer les progrès du mal restent vaines. Il arrivera que la maladie franchira le premier degré, qu'elle tendra à se généraliser, à gagner en profondeur pour ainsi dire. Nous remarquerons alors de nouveaux frissons survenant rapidement après le premier, une élévation plus considérable de la température qui atteindra jusqu'à 41°, un pouls à 120 ou 140, une douleur plus vive et plus étendue, de la tympanite parfois, tous phénomènes pouvant coïncider avec une conservation de l'intelligence ou, au contraire, avec de l'excitation cérébrale. L'hésitation n'est plus possible, les procédés de douceur doivent céder le pas à une action plus énergique, les irrigations continues doivent se substituer, et cela avec rapidité, aux lavages intermittents.

Mais, nous dira-t-on, il vous est facile d'établir, pour les besoins de la discussion, deux formes absolument tranchées de la lymphangite utérine et par suite l'exposition des indications de l'une ou l'autre méthode de traitement comporte une netteté bien remarquable.

D'abord, la division des accidents puerpéraux en accidents légers et en accidents graves est acceptée par le plus grand nombre. Cependant, nous reconnaissons volontiers qu'il y a quelque chose d'un peu arbitraire dans une division ainsi établie et que les observations faites au lit de la malade ne correspondent pas toujours très exactement à deux types absolument distincts.

La lymphangite débute, comme nous l'avons dit, puis après

avoir envahi une surface plus ou moins étendue de la plaie utérine, se maintient au même point pendant quelques jours. Elle va regresser ou alors elle fait une nouvelle poussée et gagne les parties voisines sur lesquelles elle semble se recueillir avant d'aller plus loin. Ce n'est pas là une affection à marche bien régulièrement déterminée, mais, quoiqu'il en soit, nous maintenons les formes légère et grave, et quant aux questions de nuances, nous pensons qu'il vaut mieux les abandonner aux appréciations personnelles que de les trancher dans un sens ou dans l'autre; qui veut trop prouver ne prouve rien.

Et maintenant quelle conduite allons-nous tenir, si nous nous trouvons en présence d'accidents occasionnés par la phlébite utérine? La réponse nous semble délicate. En face d'une malade, nous ne pouvons pas ne pas prodiguer nos soins alors même que nous sommes convaincus de leur inutilité. L'infection purulente ne pardonne pas, et la phlébite utérine n'en est que le premier degré, ou plutôt, quand nous constatons la phébite, l'infection purulente existe déjà virtuellement et son travail pour être souterrain n'en aboutira pas moins à la mort.

Pour faire passer, dans l'esprit de la malade, une confiance et une assurance que nous sommes loin de partager, nous instituerons un traitement local en nous inspirant des exigences du moment.

CHAPITRE VIII

Nécessité de l'irrigation continue.

Enfin, il est des cas peu nombreux dans lesquels nous sommes tenus d'appliquer sans hésitation la méthode de Schücking. Supposons un avortement spontané ou provoqué dans lequel le placenta aura été retenu en tout ou en partie, la présence dans la cavité utérine d'un fœtus macéré, la présence de caillots sanguins en plus ou moins grand nombre à la suite de grandes manœuvres ou d'opérations très importantes et immédiatement suivies de phénomènes généraux graves, il est tout indiqué alors de ne pas s'attarder à faire un traitement palliatif, mais de recourir aux mesures les plus énergiques.

De même, encore, il arrivera qu'une femme, après avoir subi des manœuvres réitérées, n'aura pas été surveillée avec le soin désirable et qu'on se trouvera en présence d'accidents suffisamment graves pour faire craindre que la cause agit déjà depuis un certain temps, les irrigations continues sont encore de rigueur.

CHAPITRE IX

Manuel opératoire

Nous terminerons cette étude des lavages intra-utérins, par l'exposé rapide du manuel opératoire qui comprend :

Le lit sur lequel repose la femme ;
La sonde et l'appareil irrigateur ;
Le liquide antiseptique employé.

Enfin, nous joindrons, à l'appui de nos assertions, le relevé de quelques-unes des observations prises par M. le Dr Rivière, chef de clinique à la clinique obstétricale.

Du lit sur lequel repose l'accouchée.

A la place du sommier élastique que conseille M. le professeur Pinard, nous recommandons une caisse en bois percée à son centre d'une ouverture circulaire de 25 centimètres de diamètre. C'est là un plan parfaitement résistant

et qui est souvent utilisé dans la marine à l'occasion des fractures qui nécessitent une longue immobilité du patient.

Sur ce plan, nous placerons un matelas offrant une ouverture d'un diamètre un peu moins considérable que celle de la caisse. Ce matelas sera recouvert d'une toile cirée. Nous évitons ainsi les deux places obliques qui résultent de l'emploi de deux matelas repliés et séparés l'un de l'autre par un intervalle de 15 à 20 centimètres. Au bout de peu de temps, en effet, et par suite de la pression du poids du corps, le plan de la femme représente un angle dont le sommet correspond au siège. La position qui en résulte devient très fatiguante.

Si le dispositif du lit de M. Pinard, comme il le dit p. 20, dans les *Annales de Gynécologie,* de janvier 1886, peut être appliqué partout et avec tous les lits possibles, nous croyons, quand il s'agit d'une maternité ou d'un servive bien établi, devoir préconiser notre mode de couchage.

De la sonde et de l'appareil irrigateur.

Nous avons vu employer la sonde à double courant du Dr Budin. Elle peut suffire dans tous les cas. La pression dans la cavité utérine étant constante, on évite les contractions de la matrice que recherchent certains auteurs pour détacher de ses parois les éléments qui peuvent y adhérer. Il n'y a pas de coups de piston (Pinard, *loc. cit*), il n'y a pas de balayage des débris, mais un décollement lent et sûr.

Au contact du liquide antiseptique, les parties se désagrégent avec une sage lenteur, glissent sur la paroi postérieure atteignent le col et l'obligent doucement à s'entr'ouvrir pour leur livrer passage. Les choses se passent à l'insu de la patiente.

La forme et la capacité du réservoir importent peu. Mais il

faut règler le débit du liquide et ne pas le faire arriver dans l'utérus à une pression trop forte.

Pour M. Pinard, il suffit d'élever le réservoir à 50 centimètres au-dessus du plan du lit.

La sonde de M. Doleris offre une disposition particulière : une fois introduite, elle agit sur le col en le distendant et le maintient ouvert. Nous ne croyons pas que ces tiraillements sur un organe qui est dans un état d'irritabilité assez grand puissent ne pas offrir des inconvénients sérieux dans son application.

Liquide antiseptique employé.

On commence par faire un bon lavage avec une solution de biodure de mercure au 1/2000° puis on lui substitue une solution phéniquée à 1/100° (Pinard, *loc. cit.*).

La température des liquides varie de 40° à 35°.

Les injections ont à la fois une action mécanique ou physique qui résulte du contact du liquide avec les parties qu'il baigne et une action *destructive*. Elles empêchent la germination et détruisent le microbe que nous devons nous attacher à faire disparaître. Quant aux nombreuses combinaisons chimiques qui peuvent s'opérer dans l'utérus, nous nous contentons de les signaler sans risquer, et pour cause, le moindre commentaire.

OBSERVATIONS

Observation I

Lymphangite utérine double.

G..., Mathilde, dix-neuf ans, lingère.

Chute dans les escaliers à dix-huit mois, n'a plus marché qu'à quatre ans.

Père mort de la poitrine, mère vivante, mais atteinte d'une maladie du cœur.

Pas d'autre maladie dans l'enfance. — Lymphatisme. — Réglée à seize ans. — Durée des règles deux jours. — Pas de syphilis.

Primipare, dernières règles le 10 août.

Grossesse normale O. I. G. T.

Examen : Tête non engagée, front à droite.

Par le toucher, on arrive sur le promontoire qui présente un angle assez saillant, présentation élevée que l'on atteint assez difficilement O. I. G. T.

Jusqu'au moment du travail, la tête ne s'engage pas. Début du travail, le 9 mai vers deux heures du soir. Contractions violentes, la tête s'engage au détroit supérieur; elle descend brusquement jusque sur le plancher périnéal; l'orifice vulvaire résiste, il finit par céder mais au prix d'une déchirure périnéale de 1/2 cent. De plus, l'orifice vulvaire, dans son rebord inférieur, est contus et même déchiré.

Délivrance normale sans accidents. Fœtus bien constitué.

Suites de couches : Bon état pendant les trois premiers jours, mais la malade est un peu indiciplinée.

14 mai. — Les ganglions du pli de l'aine sont douloureux; de plus lymphangite utérine à droite. T. 38,8. Cataplasme, onguent belladonné, sulfate de quinine, 0,60.

15 mai. — Douleurs plus vives. Le côté gauche de l'utérus devient douloureux. T. 3,83. Même traitement.

16 mai. — Douleurs de plus en plus vives, vésicatoire à droite. T. 39,4. Injections intra-utérines. P. 130.

17 mai. — Nuit meilleure, douleur moins vive. T. M. 3,72 ; S. 38.6. Injections intra-utérines.

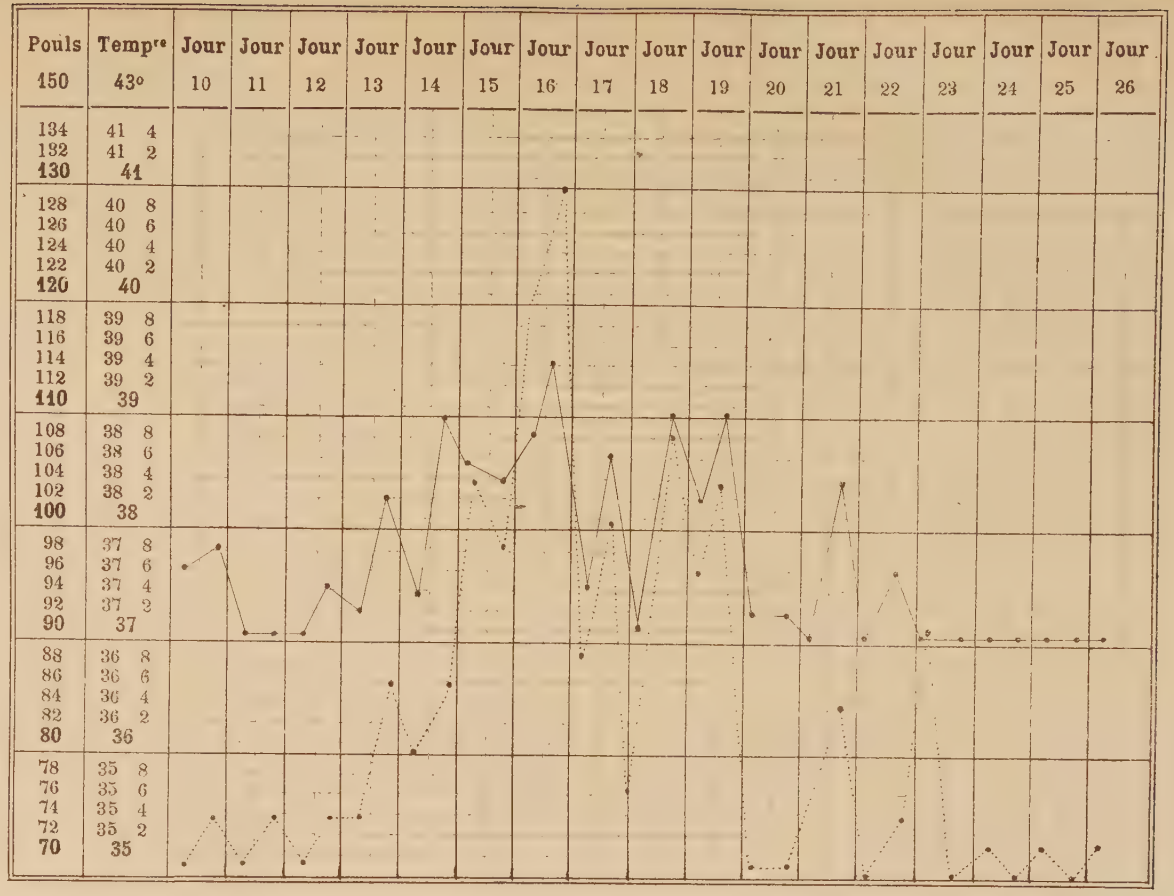
18 mai. — L'utérus n'est plus qu'à 1 centimètre au-dessus du pubis.

19 mai. — La malade est remuante, les douleurs reviennent. Injection. Deuxième vésicatoire ; l'utérus remonte de nouveau, à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Injections intra-utérines.

20 mai. — Etat meilleur depuis cette époque, sauf une légère augmentation de la température le 21.

La malade s'était beaucoup remuée.

La malade sort guérie le 28 mai.


Pouls
150
Tempre
43°
Jour 10
Jour 11
Jour 12
Jour 13
Jour 14
Jour 15
Jour 16
Jour 17
Jour 18
Jour 19
Jour 20
Jour 21
Jour 22
Jour 23
Jour 24
Jour 25
Jour 26
134 41 4
132 41 2
130 41
128 40 8
126 40 6
124 40 4
122 40 2
120 40
118 39 8
116 39 6
114 39 4
112 39 2
110 39
108 38 8
106 38 6
104 38 4
102 38 2
100 38
98 37 8
96 37 6
94 37 4
92 37 2
90 37
88 36 8
86 36 6
84 36 4
82 36 2
80 36
78 35 8
76 35 6
74 35 4
72 35 2
70 35

Observation II

Alice P., vingt-huit ans, entre, le 8 juin 1885, à 8 heures du matin ; troisième grossesse O. I. G. A.

Accouchement rapide sans intervention.

Délivrance naturelle.

Fœtus du poids de 4 k. 200 grammes.

Pendant les six premiers jours qui suivent la délivrance, tout a l'air de se bien passer, mais le septième, l'accouchée est prise d'un petit frisson et l'on constate une température de 38°.4 un peu d'agitation dans la nuit ; sulfate de quinine 0.60.

Le 15, au matin, T. 37.6, journée mauvaise, la malade est inquiète, agitée, se plaint de vives douleurs, et le soir on constate une température de 39.8, le pouls à 120. Injection intra-utérine, sulfate de quinine 1 gramme.

Le 16, au matin, T. 37.6 ; le soir, T. 38.2. Injection intra-intra-utérine, sulfate de quinine 0.75.

Le 17, tout a l'air d'aller vers une résolution. La malade, cependant, est encore agitée. On suspend l'injection ; on reste dans l'expectative.

Le 18, dans la soirée, nouvelle poussée inflammatoire, T. 38.4 ; une injection intra-utérine.

Le 19, pas d'amélioration dans l'état général.

Le 20, la température tombe tout à coup à 36, la malade meurt le 23 à deux heures du soir.

A l'autopsie, rien de particulier à signaler à l'examen

extérieur du cadavre. La vulve et le périnée sont intacts. Légére ulcération à la paroi postérieure du vagin.

A l'ouverture du cadavre, on constate un léger ballonnement intestinal, il ne s'écoule pas de liquide de la cavité péritonéale. L'épiploon est légèrement congestionné de même que le péritoine. Après avoir enlevé les intestins, on trouve une légère quantité de liquide non purulent, 60 grammes environ.

L'utérus a le volume d'une grosse orange. Les ligaments larges, congestionnés, sont le siège de fines arborisations vasculaires. Congestion plus marquée dans les culs-de-sac péritonéaux. L'utérus, ouvert dans le sens de la hauteur et d'avant en arrière, permet de constater que la muqueuse est saine dans la plus grande partie de son étendue, sauf toutefois au niveau de l'insertion placentaire qui a lieu sur la partie supérieure de la paroi postérieure.

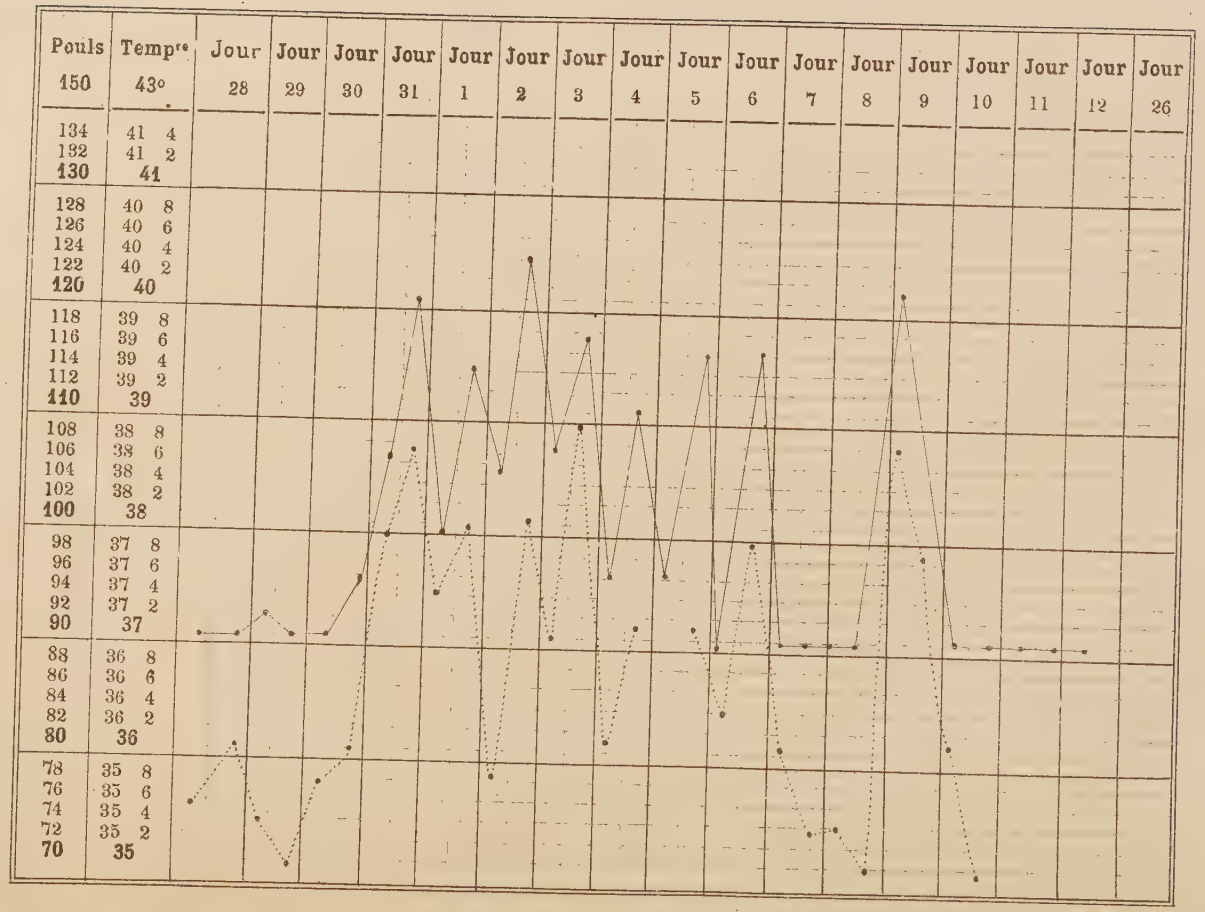
A ce niveau, épaississement plus considérable de la paroi utérine qui est comme déchiquetée et même anfractueuse. On trouve des cotyledons putréfiés ne se détachant pas sous un filet d'eau mais venant facilement avec le doigt. A la coupe, ces cotyledons offrent un aspect songieux rappelant celle d'un placenta. L'un deux paraît cependant couvert de tissu fibreux et pouvait d'abord être pris pour un fibrome utérin, mais à la coupe il est facile de constater que sa composition n'est pas différente de celles des autres masses charnues qui se trouvent au niveau des autres parties de l'insertion placentaire; il paraît seulement avoir subi un certain degré de dégénérescence fibreuse.

Au niveau de la plaie placentaire, la paroi utérine que nous avons déjà signalée comme épaisse, présente, à la coupe, l'ouverture béante de nombreux vaisseaux sanguins assez volumineux.

Le sang qui en sort ne paraît pas mélangé de pus.

Foie faible. Pas d'abcès métastatiques.

Rien à signaler du côté des organes thoraciques, si ce n'est quelques points de congestion dans les poumons.


Pouls 150
Tempre 43°
Jour 28
Jour 29
Jour 30
Jour 31
Jour 1
Jour 2
Jour 3
Jour 4
Jour 5
Jour 6
Jour 7
Jour 8
Jour 9
Jour 10
Jour 11
Jour 12
Jour 26
134 41 4
132 41 2
130 41
128 40 8
126 40 6
124 40 4
122 40 2
120 40
118 39 8
116 39 6
114 39 4
112 39 2
110 39
108 38 8
106 38 6
104 38 4
102 38 2
100 38
98 37 8
96 37 6
94 37 4
92 37 2
90 37
88 36 8
86 36 6
84 36 4
82 36 2
80 36
78 35 8
76 35 6
74 35 4
72 35 2
70 35

Observation III

Jeanne R..., vingt-huit ans, lingère, primipare, dernières règles, le 20 janvier 1885.

Le 26 octobre, à huit heures du soir, rupture prématurée des membranes.

Le lendemain, à une heure du soir, commencement du travail qui se termine à sept heures, naturellement, par la naissance d'un enfant du sexe masculin du poids de 3 kil. 800 en O. I. D. P.; délivrance naturelle, mais la tête volumineuse a déterminé la déchirure de la petite lèvre droite.

28, 29 et 30, journées bonnes.

31 au matin, fièvre, un peu de douleur du côté droit de l'utérus, lochies fétides, injections vaginales fréquentes. Cataplasmes.

1er novembre, même état; le soir, injections intra-utérines, tampon d'iodoforme.

Le 2, M. P.

Le 3, amélioration, vésicatoire, quinine 0,60, extrait de quinquina.

Le 4, douleur moins vive, mais cystite cantharidienne violente, eau de Vichy.

Le 5, même état, M. P.

Le 6, la température s'élève de nouveau à 39° 6. Le soir, l'injection intra-utérine ramène très peu de chose; la fièvre paraît surtout due à la cystite, et la présence du vésicatoire rend difficile l'exploration de l'utérus qui, cependant, ne paraît pas douloureux.

Térébenthine et camphre en pilules.

Le 7, état général meilleur; la femme n'a uriné qu'une fois dans la nuit.

Le 8, amélioration constante, nuit bonne, journée très bonne.

Le 9, dans la nuit, petit frisson, élévation de la température; douleurs des deux côtés de l'utérus; la femme s'est beancoup agitée; cataplasmes, onguent bellad.; injection.

Le 10, nuit bonne, sommeil.

Jusqu'au 15 novembre, la convalescence s'établit et la femme sort guérie.

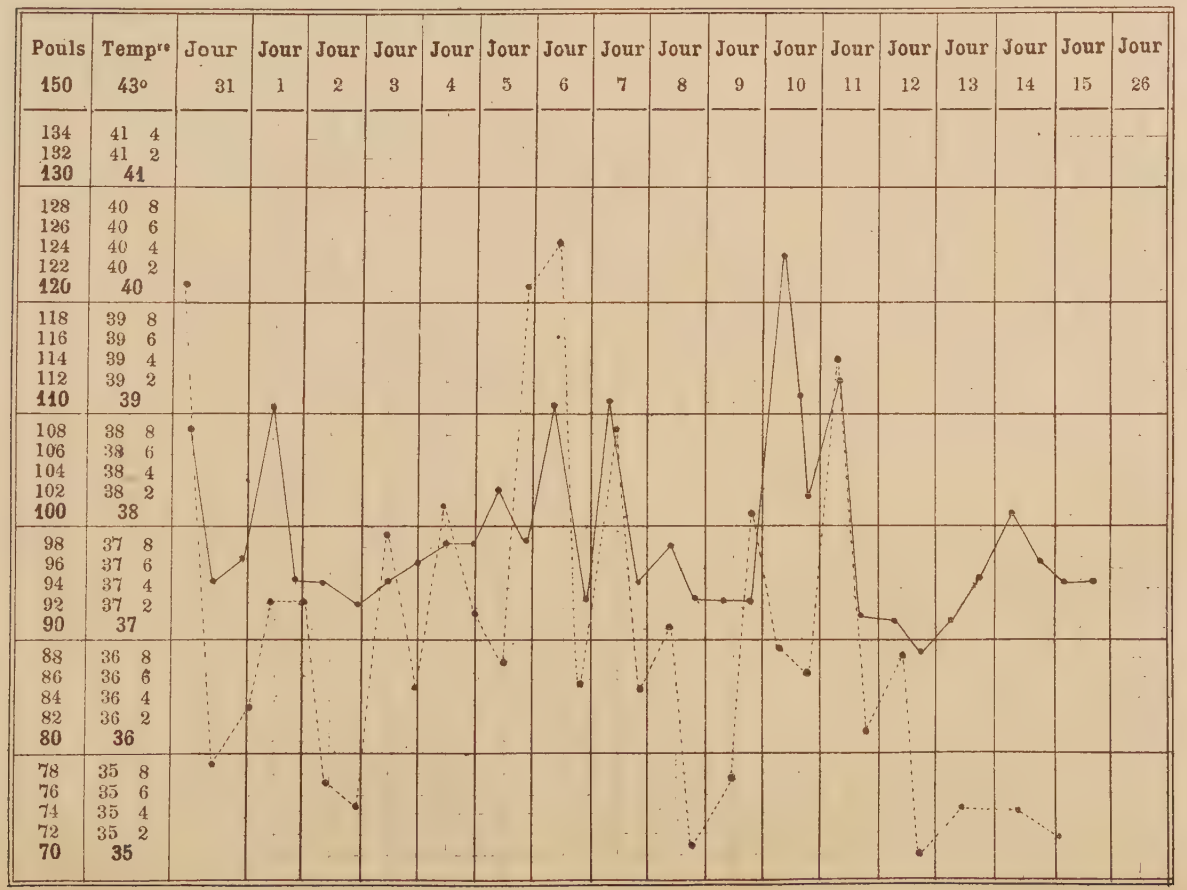
Observation IV

Ezilda Charles L..., trente-quatre ans.

Cinq grossesses à terme; enfants vivants venus par le sommet; 6e grossesse; dernières règles le 13 février 1885.

Durant toute cette grossesse, douleurs abdominales assez vives pour l'empêcher de marcher ou de rester couchée.

L'enfant remuait beaucoup; présentation de l'épaule D. en A. I. D. Dans la nuit du 30 au 31 octobre, vers trois heures du matin, étant au lit, rupture spontanée de la poche des eaux, une heure après la femme est en travail qui dure toute la journée. Vers minuit, la sage-femme introduit la main, tente une version et amène le bras droit. Un médecin appelé tente quatre fois la version, mais en vain.


Pouls
150
Tempre
43°
Jour 31
Jour 1
Jour 2
Jour 3
Jour 4
Jour 5
Jour 6
Jour 7
Jour 8
Jour 9
Jour 10
Jour 11
Jour 12
Jour 13
Jour 14
Jour 15
Jour 26
134
41 4
132
41 2
130
41
128
40 8
126
40 6
124
40 4
122
40 2
120
40
118
39 8
116
39 6
114
39 4
112
39 2
110
39
108
38 8
106
38 6
104
38 4
102
38 2
100
38
98
37 8
96
37 6
94
37 4
92
37 2
90
37
88
36 8
86
36 6
84
36 4
82
36 2
80
36
78
35 8
76
35 6
74
35 4
72
35 2
70
35

La femme arrive à la clinique à trois heures du matin ; chloroforme. On constate : présentation de l'épaule droite en A. I. D. profondément engagée, bras hors de la vulve, enfant très probablement mort ; on n'arrive pas sur le cou ; tentative pour introduire un crochet porte-ficelle ; impossibilité d'y arriver à cause de la hauteur du cou et de la rétraction de l'utérus, bien que la femme n'est pas pris de seigle.

Tentative de version interne qui permet de ramener un pied et de faire faire au fœtus une évolution assez facile du reste. Le bras avait été muni d'un lac, l'extraction de la tête, après dégagement du second bras relevé, est assez facile avec le doigt dans la bouche.

Fœtus mort, du poids de 3 kil. 800. Sexe masculin, bien conformé. Délivrance rapide et complète, suivie d'une injection intra-utérine de sublimé; ergotine, rétraction rapide de l'utérus ; pas d'hemorrhagie.

Suites de couches : quelques tranchées le premier jour, on les calme par des lavements laudanisés.

Le 1er novembre : soir, T. 39°. Injection intra-utérine qui revient assez sale.

Le 2, amélioration. Injection intra-utérine. Tampon ouaté d'iodoforme dans le vagin.

Le 3, états général et local bons.

Le 4, même état.

Le 5, dans la nuit du 5 au 6, vers minuit, frisson violent d'un quart d'heure, suivi de chaleur et de sueurs. Sulfate de quinine 0,60.

Le 6, un peu d'endolorissement dans le côté droit de l'abdomen qui semble légèrement empâté; le toucher détermine un peu de douleur dans le cul-de-sac droit et surtout quand on presse sur l'orifice du col. Le doigt ramène de la sérosité épaisse, marmelade d'abricots, mais sans odeur. Le soir, empâtement plus marqué. Sulfate de quinine, 0,50.

Le 7, dans la nuit, nouveau frisson moins long que celui

de la veille. Empâtement assez prononcé, cordon du volume d'un porte-plume arrivant jusque dans la fosse iliaque. Vésicatoire. Vers dix heures du matin, nouveau frisson. Injections.

Le 8, nuit assez bonne; un peu de diarrhée; pas de frisson. Injection intra-utérine assez sale, débris blanchâtres, sans odeur.

Le 9, nuit bonne; un peu de diarrhée, suppression de la quinine. Pas de frisson. L'empâtement diminue; on retrouve un cordon annelé allant de l'utérus à la fosse iliaque.

Le 10, nuit bonne. L'empâtement diminue, surtout du côté de la fosse iliaque. Dans la journée, léger frisson; T. 40°; pas de douleur nulle part, mais furoncles assez volumineux aux fesses.

Le 11, nuit assez bonne.

Le 12, journée et nuit très bonnes. A la palpation, on retrouve encore un peu d'empâtement dans le ligament large droit, mais pas de douleur à la pression.

Le 14, nouveaux furoncles aux fesses. Etat général excellent.

Observation V

Catherine D..., domestique, petite, primipare. Dernières règles le 10 janvier 1885. Entre le 20 octobre.

Examen : tête non engagée en O. I. G. A; rétrécissement léger du bassin. Début du travail dans la soirée du 1er novem-

bre. Dilatation lente, quoique avec douleurs assez fortes ; la tête ne s'engage pas. Cependant, dans la nuit, la tête se moule, et le matin du 2, elle franchit le détroit supérieur.

Le 2, dilatation complète ; on rompt la poche des eaux. La tête est à la vulve, mais n'avance pas : application de forceps en O. P. Les grandes lèvres sont œdématiées et la vulve petite. Enfant masculin. P. 2 kil. 900. Délivrance normale.

Le 3, plaques de sphacèle des deux côtés de la vulve ; soir, lochies fétides. T. 38,2.

Le 4, lymphangite utérine double. Injection intra-utérine, sulfate de quinine 0,60.

Le 5, amélioration. Pas d'injection intra-utérine.

Le 6, retour des accidents. Nouvelles injections. Sulfate de quinine 0,60.

Le 7, même état. M. P.

Le 8, soir, T. 38.8. M. P.

Le 9, amélioration notable, encore un peu de douleur du côté gauche, plus de douleur à droite. M. P.

Le 10, nuit bonne. Plus de douleur. Suppression des injections et de la quinine.

Sort guérie le 15.

Observation VI

Jenny N.., femme D.

Est amenée le 10 novembre à la clinique, vers dix heures du soir. Pas de renseignements. On apprend cependant

qu'hémiplégique depuis plusieurs années, elle a eu une première grossesse, il y a de cela dix ans environ.

La grossesse actuelle s'est bien passée. En travail depuis trois jours. Elle a été assistée d'une sage-femme et d'un médecin qui ont fini par déclarer que c'était une présentation de l'épaule et qu'il fallait l'amener à l'hôpital.

A l'examen, on constate :

Odeur infecte des régions génitales d'où s'écoule un liquide séro-sanguinolent épais, couleur lie de vin et répandant une odeur épouvantable.

Au palper, utérus mou, ne se contractant plus et paraissant divisé en deux lobes. La corne droite semble séparée du reste de l'utérus par un sillon assez profond.

Au toucher, tête fléchie en O. I. D. P. bon qu'à la vulve.

Etat général assez mauvais, dents fuligineuses. L'état d'idiotie de la femme ne permet pas d'en tirer le moindre renseignement.

Application de forceps oblique. Rotation de l'occiput en arrière. Dégagement en O. S. Malgré la flexion forcée, la tête, qui sort cependant facilement, déchire assez profondément le périnée.

Enfant vivant du poids de 3 kil. 600.

A chaque mouvement, un liquide infecte s'écoule de la vulve, mais la délivrance ne se fait pas. Il y a enchatonnement de la plus grande partie du placenta dans la corne droite.

Délivrance artificielle. La main a peine à traverser l'anneau spasmodique et à décoller le placenta. Il vient cependant, paraît complet mais découronné en partie de ses membranes.

Suture du périnée. Trois points de suture profondes, deux points de suture superficiels.

Injection intra-utérine prolongée jusqu'à ce que le liquide revienne propre. Tampon d'iodoforme.

Le 11, journée excellente.

Le 12, lochies fétides mais pas de douleur abdominale; Injection intra-utérine le soir.

Le 13, injections utérines le matin et le soir.

Le 14, pas d'injection le matin, le soir lochies fétides. T. 38°4, injection, tampon d'iodoforme.

Le 15, état excellent.

Le 16, état excellent.

Le 17, débâcle intestinale suivie de diarrhée.

Le 18, diarrhée continue, diascordium, enlèvement des points de suture, la réunion est complète et solide.

Le 19, bonne journée.

Le 20, bonne journée.

Le 21. A dater de ce jour on supprime les injections.

La femme sort guérie le 24.

Observation VII

Séraphine T..., vingt-cinq ans, domestique.

Toujours bien portante. Réglée à quinze ans, pas d'époque fixe, avance, durée huit jours, mais peu abondantes.

Primipare. Dernières règles le 4 février.

Grossesse normale.

Entre en travail le 18 novembre, dans la soirée.

Le matin 19 arrive à la clinique.

Utérus volumineux, nettement bicorne. Fœtus expulsé à

deux heures du soir. La délivrance n'est pas encore faite à quatre heures et demie. Hémorrhagie assez abondante. Une partie du placenta vient, mais la deuxième reste dans la corne droite. Par la délivrance artificielle, on ramène le placenta, mais les membranes restent adhérentes. On les attache au moyen d'un fil et on les sépare du placenta.

Le 21, T. 38°, les débris membraneux sentent mauvais. Une traction continue et modérée les amène au dehors. Ils commencent à se sphacéler.

Soir, T. 38°6. Injection intra-utérine.

Le 22, T. 37°. M. P. Amélioration.

Le 23, M. T. 37°. M. P., S. T. 39°. L'injection est assez sale.

Le 24, la température atteint 39°6. Injection prolongée. Sulfate de quinine, 0,75.

Le 25, T. 38°2 le matin, 39°2 le soir. M. P.

Le 26, on constate un peu d'empâtement du côté droit. Cataplasme, onguent belladoné, injection, sulfate de quinine 0,50.

Le 27, même état. Toujours de la fièvre. Empâtement plus marqué, mais peu douloureux. Par le toucher, déchirure profonde du col à droite. Empâtement dans le cul-de-sac droit. Douleur assez vive à ce niveau. M. P.

Le 28, même état. Vésicatoire.

Le 29, la malade se plaint de souffrir de la bouche.

Le 30, gingivite mercurielle assez intense. Chlorate de potasse. Borate de soude. Salivation. Le phlegmon est en résolution.

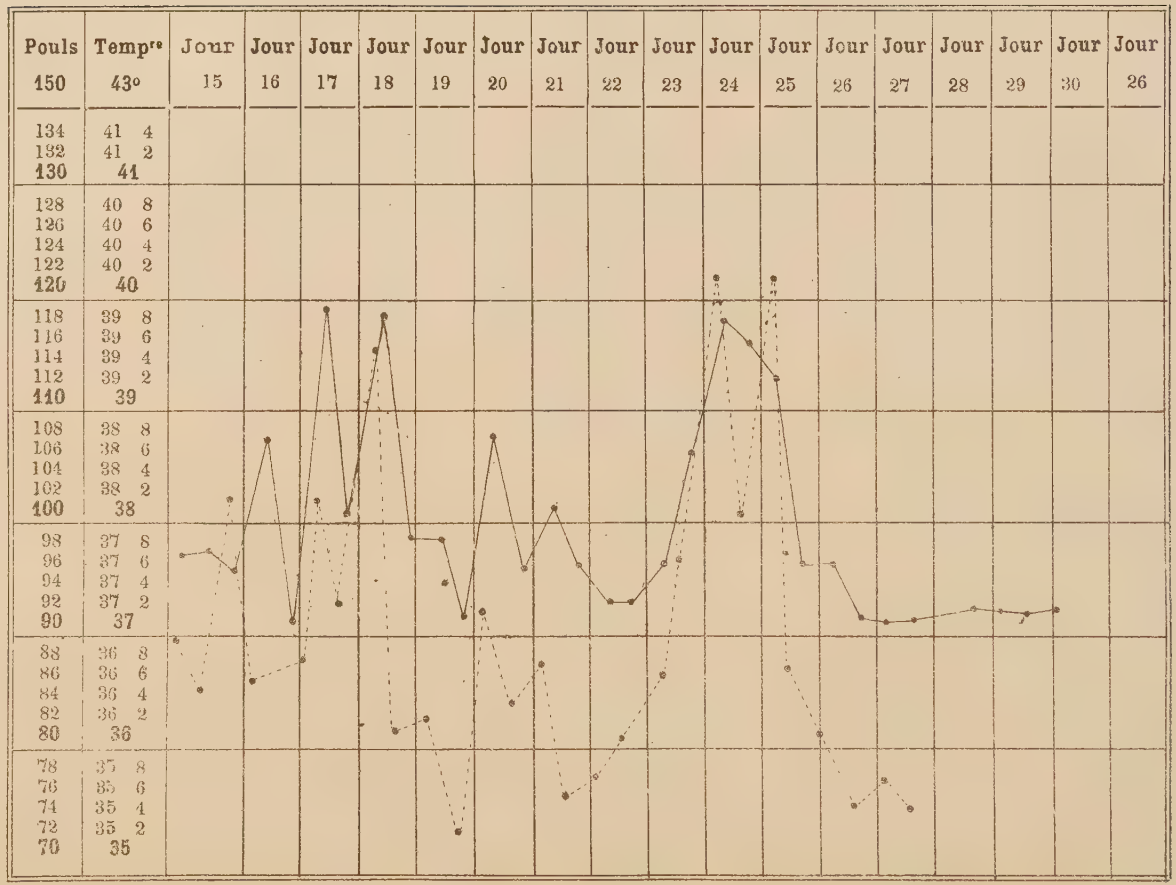
Le 1er décembre, état général bon.

Le 2, le phlegmon est résolu presque complètement.

Le 3, la gingivite est notablement améliorée.

Le 4, état général et local satisfaisant.

La malade sort guérie le 6 décembre 1885.


Pouls
150
Tempre
43°
Jour 15
Jour 16
Jour 17
Jour 18
Jour 19
Jour 20
Jour 21
Jour 22
Jour 23
Jour 24
Jour 25
Jour 26
Jour 27
Jour 28
Jour 29
Jour 30
Jour 26
134 41 4
132 41 2
130 41
128 40 8
126 40 6
124 40 4
122 40 2
120 40
118 39 8
116 39 6
114 39 4
112 39 2
110 39
108 38 8
106 38 6
104 38 4
102 38 2
100 38
98 37 8
96 37 6
94 37 4
92 37 2
90 37
88 36 8
86 36 6
84 36 4
82 36 2
80 36
78 35 8
76 35 6
74 35 4
72 35 2
70 35

Observation VIII

Marie M...

Accouchée, le 15 décembre, d'un enfant masculin du poids de 3 kil. 250. Présentation du sommet en O. I. G. A.

La tête à la vulve ne se dégage pas. Application de forceps. Délivrance naturelle.

Le 16, la femme se plaint de frissons, la température atteint 38°8. Douleur dans le côté gauche. Agitation. Injection intra-utérine, sulfate de quinine 0.60, cataplasme, onguent belladoné.

Le 17 au matin, il semble qu'il y a amélioration, mais, le soir, la température s'élève à 39°8. Irrigation continue. Sulfate de quinine, 0,50.

Le 18, T. 38°. Le soir, la température s'élève encore à 39°9. M. P.

Le 19, amélioration. T. 37°8.

Le 20, encore de la fièvre. T. 38°8. M. P.

Le 21, l'état général s'améliore, la douleur disparaît, le malade accuse une sensation de bien-être; suppression de l'irrigation continue.

Le 22, état général et local très bon.

Le 23, état excellent.

Le 24, la malade a été agitée dans la nuit, elle a eu un frisson assez violent suivi de chaleur et de sueurs; le matin, T. 38°6. On recommence l'irrigation continue; soir, T. 39°8. Sulfate de quinine 0,60.

Le 25, l'état général ne paraît pas s'améliorer, la température reste constamment à 39,4. M. P.

Le 26, amélioration sensible, la température retombe à 37,6; suppression de l'irrigation continue.

Le 27, T. 37.2.

Depuis, l'amélioration va se continuant et la malade sort guérie le 31 décembre.

CONCLUSIONS

De ces quelques observations que nous aurions pu présenter en plus grand nombre, il résulte que l'irrigation continue a été employée une seule fois avec succès. Et il faut remarquer encore quelle n'a été faite que d'une façon atténuée, pour ainsi dire. On ne l'a fait durer que cinq jours la première fois et deux jours et demi la seconde. Dans ce cas (observation VIII), on peut se demander s'il n'eût pas été plus prudent de continuer l'irrigation et de ne pas se contenter d'une amélioration de courte durée et se produisant trop rapidement pour être bien confirmée. Dans tous les autres cas et malgré des symptômes graves, l'irrigation continue n'a pas été mise en usage. On s'est contenté d'injections utérines et les résultats ont toujours été satisfaisants.

Jamais, enfin, on n'a observé le passage du liquide dans les trompes et, en tout cas, s'il en est passé, il n'en est jamais résulté d'accident.

Donc, nous pouvons conclure qu'en face d'accidents puer-

péraux qui débutent, il suffit d'appliquer le traitement ordinaire et de se servir d'injections répétées (deux ou trois dans les vingt-quatre heures), que le plus souvent il s'ensuivra une guérison complète et une disparition absolue de tous les symptômes, que l'irrigation continue doit être réservée pour les circonstances graves lors d'accidents qui éclatent avec une grande intensité ou lorsque les circonstances qui ont entouré l'accouchement sont enveloppées d'un certain mystère qui peut nous faire croire que la cause morbide agit déjà depuis un certain temps.

Vu bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

Dr MOUSSOUS.

Vu :

Le Doyen,

A. PITRES.

Bordeaux, le 27 juillet 1886.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie,

H. OUVRÉ.

Bordeaux, Imp. O.-L. Favraud, 91, rue Porte-Dijeaux.